

**Ogłoszenie o zmianie ogłoszenia**  
**Usługa okresowych przeglądów aparatury medycznej- powtórzenie**

**SEKCJA I - ZAMAWIAJĄCY**

- 1.1.) **Nazwa zamawiającego:** SPECJALISTYCZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI W CIECHANOWIE
- 1.3.) **Krajowy Numer Identyfikacyjny:** REGON 000311622
- 1.4.) **Adres zamawiającego:**
- 1.4.1.) **Ulica:** ul. Powstańców Wielkopolskich 2
- 1.4.2.) **Miejscowość:** Ciechanów
- 1.4.3.) **Kod pocztowy:** 06-400
- 1.4.4.) **Województwo:** mazowieckie
- 1.4.5.) **Kraj:** Polska
- 1.4.6.) **Lokalizacja NUTS 3:** PL922 - Ciechanowski
- 1.4.9.) **Adres poczty elektronicznej:** zp2@szpitalciechanow.com.pl
- 1.4.10.) **Adres strony internetowej zamawiającego:** <https://www.szpitalciechanow.com.pl/>
- 1.5.) **Rodzaj zamawiającego:** Zamawiający publiczny - jednostka sektora finansów publicznych - samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
- 1.6.) **Przedmiot działalności zamawiającego:** Zdrowie

**SEKCJA II – INFORMACJE PODSTAWOWE**

- 2.1.) **Numer ogłoszenia:** 2024/BZP 00561541
- 2.2.) **Data ogłoszenia:** 2024-10-24

**SEKCJA III ZMIANA OGŁOSZENIA**

- 3.1.) **Nazwa zmienianego ogłoszenia:**  
Ogłoszenie o zamówieniu
- 3.2.) **Numer zmienianego ogłoszenia w BZP:** 2024/BZP 00545692
- 3.3.) **Identyfikator ostatniej wersji zmienianego ogłoszenia:** 01
- 3.4.) **Identyfikator sekcji zmienianego ogłoszenia:**  
SEKCJA VIII - PROCEDURA
- 3.4.1.) **Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:**
- 8.1. Termin składania ofert
- Przed zmianą:  
2024-10-24 10:00
- Po zmianie:  
2024-10-28 10:00
- 3.4.1.) **Opis zmiany, w tym tekst, który należy dodać lub zmienić:**
- 8.3. Termin otwarcia ofert
- Przed zmianą:  
2024-10-24 10:30
- Po zmianie:  
2024-10-28 10:30